

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940

N-

THÈSE

103

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri, Jacques PERRIN

Né le 4 Septembre 1913 à Besançon (Doubs)

**Contribution à l'étude
des Ulcères perforés de l'estomac
et du Duodénum**

Président : DUVAL, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

1940

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1940

N^o

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Henri, Jacques PERRIN

Né le 4 Septembre 1913 à Besançon (Doubs)

Contribution à l'étude des Ulcères perforés de l'estomac et du Duodénum

Président : DUVAL, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince, VI^e

—
1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
BARIETY Pathologie médicale.
BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.
BONNET Bactériologie.
BOULANGER .. Chimie.
BOULIN Pathologie médicale.
BROUET Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.
CACHERA Pathologie médicale.
CORDIER Anatomie.
COSTE Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.
DELARUE Anatomie pathologique.
DELAY Pathologie médicale.
DEGREZ (H.) .. Physique.
DESOILLE Médecine légale.
DIGONNET Obstétrique.
DOGNON Physique.
FEVRE Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
cale.
GALLIARDParasitologie.
GARCIN Pathologie médicale.
M^{me} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
thologique.
GAYET Physiologie.
DE GENNES ... Pathologie médicale.

MM.

GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON Hygiène.
LACOMME Obstétrique.
LANTUEJOUL.. Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimen-
tale.
LENEGRE Pathologie médicale.
M^{me} J. LEVY... Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ... Pathologie médicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
gicale.
RENARD Ophtalmologie.
RICHET Physiologie.
SENEQUE Pathologie chirurgicale.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU Obstétrique.
TURPIN Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.
GUENIOT Obstétrique.
HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER..		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES..	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET..	
HUGUENIN		MOURE	
LAROCHE (G.)..		QUENU	
LIAN			
MOREAU			
PIEDELIEVRE..			
SEZARY			

MM.

ECALLE	Clinique obstétricale
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

En témoignage de ma fervente tendresse et de ma profonde affection.

A MON PERE

le Médecin Général PERRIN

Commandeur de la Légion d'Honneur

A MON FRERE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur PIERRE DUVAL

Commandeur de la Légion d'Honneur

*qui a bien voulu nous faire le grand
honneur de présider cette thèse.*

A Monsieur le Docteur C. DUROSELLE

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Associé national de l'Académie de Chirurgie
Chirurgien de l'Hôpital d'Angoulême

*qui a été notre Maître le plus cher. Il
n'a cessé de nous donner, avec sa
grande bonté, les conseils les plus
précieux, et nous a inspiré ce tra-
vail, basé sur ses observations per-
sonnelles.*

*Qu'il trouve ici le meilleur de notre
reconnaissance, de notre profond
attachement et de notre respectueuse
affection.*

A Monsieur le Docteur MORICHEAU-BEAUCHANT
Professeur à l'Ecole de Médecine de Poitiers

*qui a été notre premier guide dans les
études médicales, en témoignage de
notre vive reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur P. FOUCAULT

*qui nous a toujours témoigné un ami-
cal intérêt et dont les conseils et les
encouragements nous ont été si pré-
cieux.*

*Qu'il trouve ici l'expression de notre
profonde reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur SAVIN

*auprès de qui nous avons toujours
trouvé un accueil si bienveillant.
Qu'il nous soit permis de lui dire
notre gratitude pour l'intérêt qu'il
n'a cessé de nous témoigner.*

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE POITIERS

Messieurs les Docteurs BARNSBY, DELAUNAY,
FERRU, FUMEAU, LATRONCHE, LE BLAYE,
PERDOUX, VINCENT

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NANTES

Messieurs les Docteurs ARONDEL, BARON, BUREAU,
LEROUX, G. SOURDILLE, VERAN, VIEL

A Messieurs les Docteurs
BARRET, BEGUIER et TROUSSET

*dont nous avons été l'interne à l'Hô-
pital d'Angoulême.*

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES ULCERES PERFORES DE L'ESTOMAC ET DU DUODENUM

L'intérêt de la question des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum paraît presque épuisé et il semble qu'on ne puisse rien ajouter de bien substantiel à l'édifice élevé depuis une vingtaine d'années par les apports et les statistiques de tant de chirurgiens, par les discussions dans les sociétés de chirurgie, par les diverses mises au point de ce sujet parmi lesquelles celle du professeur Mondor paraît une des plus judicieuses et des plus complètes.

Cependant, ayant observé plusieurs cas de cette complication redoutable de l'ulcère lors de notre séjour à l'hôpital d'Angoulême, il nous a semblé profitable pour nous-même de dépouiller les observations similaires mises à notre disposition par le D^r Duroselle, et c'est en somme l'ensemble des cas opérés par ce chirurgien, de l'année 1926 à 1939, que nous rapportons ici, cherchant à en extraire les faits les plus saillants et les plus instructifs.

La présente statistique porte sur 50 cas, tous opérés. Ces observations confirment les idées admises généralement tant au point de vue de l'étiologie que de la symptomatologie et du traitement, et il ressortira de nos chiffres, d'une façon frappante, l'importance de premier

ordre d'un diagnostic précoce qui, en permettant d'opérer dans les premières heures, a changé du tout au tout le pronostic de cette affection.

Cette prééminence du facteur temps est telle qu'elle relègue au second rang le choix de l'opération et donne au chirurgien l'aisance de pratiquer, s'il le juge nécessaire, des interventions plus complètes que la simple suture de la perforation.

ETUDE DE LA STATISTIQUE

Elle comprend 50 perforations d'ulcères gastriques ou duodénaux, tous opérés : 39 guérisons et 11 décès.

ÉTIOLOGIE

Sexe. — Hommes, 47; femmes, 3.

Age. — De 20 à 30 ans : 7;

30 à 40 ans : 7;

40 à 50 ans : 12;

50 à 60 ans : 8;

plus de 60 ans : 10.

Localisation de l'ulcère :

Il siégeait sur le duodénum : 31 fois;

Il siégeait sur le pylore : 12 fois;

Il siégeait sur la petite courbure : 5 fois.

Dans un cas, la localisation n'était pas notée dans l'observation.

Une fois il y avait deux ulcères dont un seul était perforé. Celui-ci siégeait haut sur la face antérieure, près de la petite courbure; l'autre, sur la face postérieure en regard du premier, n'a été découvert qu'à l'examen de la portion d'estomac enlevée par une gastrectomie très large.

La perforation. — Dans la grande majorité des cas elle était petite, lenticulaire, admettant l'extrémité d'une pince de Kocher.

Cependant, des perforations plus larges ont été trouvées comme dans l'observation XXVIII, où la perte de substance a la dimension d'une pièce de un franc, admettant l'extrémité de l'index ganté.

Dans d'autres cas on note par exemple 6 mm. sur 3 mm. ou encore 5 mm. de diamètre.

La plupart de ces perforations siégeaient au centre d'une zone épaissie, enflammée, rigide mais friable, souvent assez étendue, rendant difficile l'obturation de la brèche par la mauvaise qualité du tissu.

Dans 5 cas la perforation était couverte ou en voie de protection par des adhérences lâches à la face inférieure du foie. Dans tous les autres cas, elle s'était faite en péritoine libre et le liquide, souvent très abondant, était, en général, fluide, louche, contenant des flocons de fibrine et peut-être des parcelles alimentaires.

Très souvent il était de coloration verdâtre.

Souvent il a été trouvé accumulé en grande abondance dans le bassin, semblant réclamer un drainage spécial.

Dans quelques observations on note au voisinage de la perforation la présence de pus mélangé au liquide stomacal.

La présence de gaz s'échappant dès l'ouverture du péritoine, et dont la fusée est la première confirmation du diagnostic clinique, est notée dans plus de la moitié des cas.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Grâce aux travaux de ces vingt dernières années, le syndrome perforation de l'estomac est, si l'on ose dire, tombé dans le domaine public. Son signalement a touché presque tous les médecins, qui savent maintenant le reconnaître dès le début.

Ce type clinique de grande urgence est venu s'ajouter à d'autres plus anciennement classés, tel que l'appendicite aiguë, l'inondation péritonéale, l'invagination intestinale, et sa physionomie est si frappante que les infirmières averties des services de chirurgie n'attendent pas le médecin pour poser le diagnostic.

Nous n'avons donc pas la prétention de faire un exposé complet des symptômes, mais seulement de témoigner de la facilité du diagnostic.

En effet, *la brutalité* du début, *l'atrocité* de la douleur qui courbe le malade, lui arrache des plaintes et le porte souvent à réclamer l'opération,

la *contracture* généralisée de la paroi abdominale, sculptant les muscles, les figeant surtout dans l'étage sus-ombilical, sont des symptômes de nature à alerter le plus hésitant des cliniciens. S'il veut bien penser à l'estomac, puisque tout l'y pousse, et cette contracture, et le siège de la douleur maxima, spontanée et provoquée, et y songeant, s'il veut bien poser quelques questions, il apprendra bientôt qu'il y a chez ce malade un *passé gastrique*. Passé gastrique d'ulcéreux, c'est-à-dire fait de périodes

critiques plus ou moins espacées avec douleurs tardives après les repas.

Cette triade : douleur, contracture, passé gastrique, suffit amplement à caractériser la perforation et le plus souvent on la rencontre au complet.

Cependant il est des cas où chacun de ces trois symptômes peut prêter à discussion.

C'est ainsi que la douleur peut irradier vers les épaules, la droite de préférence dans les ulcères duodénaux, la gauche dans ceux de la petite courbure.

Dans certaines de nos observations, elle siégeait dans la fosse iliaque droite, pouvant faire penser à une appendicite; dans un cas, le maximum de la douleur à la pression se trouvait dans la fosse iliaque gauche, et l'intervention a montré qu'une nappe d'épiploon anciennement adhérente à droite et sur la ligne médiane, avait probablement canalisé vers la gauche le liquide stomacal.

De même la contracture peut être médiocre, ou partielle, n'affectant que l'étage supérieur de l'abdomen. Dans ce cas il s'agit en général de perforation protégée par des adhérences.

Le passé gastrique peut faire défaut et nous avons plusieurs observations où la perforation paraissait le premier signe d'un ulcère. Ou bien encore il ne remonte qu'à quelques jours, 8 ou 10, réalisant une période pré-perforante avec crises douloureuses de plus en plus violentes aboutissant à la perforation.

Il y aurait donc deux sortes d'ulcères pouvant se perforer; les ulcères chroniques et les ulcères aigus perforants d'emblée ou très précocement. Les vomissements,

du moins dans les premières heures, — et dans plus de la moitié des cas ils manquaient, — sont assez rares.

L'hématémèse est exceptionnelle, puisque nous ne l'avons rencontrée qu'une seule fois sur 50 cas.

A noter une observation signalant une hématémèse survenue 15 jours avant la perforation de l'ulcère.

Si l'on ajoute à ces symptômes positifs deux signes négatifs de valeur : la tranquillité du poulx qui, en général, n'est pas accéléré, et l'absence de fièvre, on voit que la perforation de l'ulcère d'estomac réalise un tableau très typique qu'il suffit d'avoir vu une fois pour le reconnaître désormais facilement.

Nous n'insisterons pas sur la matité des flancs, sur la disparition de la matité hépatique, signes de bien petite envergure en regard de la triade des symptômes majeurs.

Mais il est une exploration utile, qu'on doit s'obliger à pratiquer, quand elle est possible, sans fatigue pour le malade et sans retard pour l'intervention, c'est *l'exploration radiologique*, qui peut être rapide, consistant dans un simple examen debout sans préparation. Dans plusieurs de nos cas, elle a montré le croissant clair inter-hépatodiaphragmatique, caractéristique d'un pneumopéritoine.

TRAITEMENT

Le traitement de l'ulcère perforé en péritoine libre ne peut être que chirurgical. La perforation d'un segment du tube digestif, même relativement peu septique comme l'estomac, doit être obturée de toute urgence pour éviter une péritonite fatalement mortelle.

Il y a bien quelques cas où, à l'intervention, on a l'impression que les choses se seraient peut-être arrangées seules : perforations couvertes ou isolées par des adhérences précoces, mais la clinique est impuissante à départager les bons cas, d'ailleurs très rares, des mauvais, bien plus fréquents, et en pratique il n'y a qu'une solution raisonnable : l'opération immédiate.

Il est heureux que la perforation de l'ulcus ait une symptomatologie claire et que le diagnostic en soit aisé et souvent évident, car ici on n'a pas le temps de remettre la décision à plus tard, le danger croît, pourrait-on dire, comme le carré du temps, et la précocité du traitement domine de haut tous les autres facteurs qui peuvent concourir à sauver le malade.

Dans notre statistique ce fait est mis en évidence par les chiffres suivants :

27 malades opérés avant la 9 ^e heure :	2 morts	7,7 %
18 malades opérés de la 9 ^e à la 24 ^e h. :	4 —	22 %
5 malades opérés après la 24 ^e heure :	5 —	100 %

C'est donc dans les 5 ou 6 premières heures qu'on a toutes les chances de faire œuvre utile, et le sort du

malade ne se joue pas à la salle d'opération, en opérant bien, mais au lit du malade, en voyant vite et juste.

L'acte opératoire en lui-même a moins d'importance et il est presque indifférent de faire une simple suture de la perforation, une suture complétée par une gastro-entérostomie, ou une gastrectomie, ainsi que Judine l'a préconisé.

Dans notre série nous notons :

Suture simple.	23	avec	7	morts
Suture et gastro-entérostomie...	17	—	1	—
Suture et exclusion du pylore..	1	—	1	—
Gastrectomie	8	—	1	—
Tamponnement simple.....	1	—	1	—

Cette importance secondaire de l'opération ressort également si nous ne considérons que les 27 cas opérés avant la 9^e heure ayant donné 2 décès :

Suture simple.....	11	avec	1	mort
Suture et gastro-entérostomie...	10	—	0	—
Gastrectomie	6	—	1	—

Dans le cas suturé il s'agissait d'un vieillard de 74 ans opéré à la 7^e heure.

Le décès après gastrectomie concernait une perforation du duodénum avec violente hématomérose, opérée dans de bonnes conditions de temps. 2 heures après le début, il a été causé par des complications pulmonaires emportant le malade le 4^e jour.

Mais il est juste de reconnaître que dans les cas graves, opérés tardivement, on a recours à l'opération minima, la suture simple, qui se trouve ainsi grevée d'une

mortalité plus forte que les opérations plus compliquées réservées aux bons cas.

Ici donc peuvent s'opposer deux tendances :

Celle des partisans du bien qui se contentent de la suture, et celle des tenants du mieux qui pratiquent volontiers une anastomose complémentaire ou une gastrectomie d'emblée.

En faveur de la gastrectomie ou de la gastro-entérostomie complémentaire on peut invoquer les arguments suivants :

L'enfouissement simple, qui donne une sécurité suffisante quand les bords de la perforation sont souples, ne satisfait pas entièrement l'esprit quand la perforation siège, et cela n'est que trop fréquent, au centre d'une zone indurée, épaissie, friable, souvent très étendue. Les fils coupent, les sutures paraissent précaires malgré l'appoint de l'épiplooplastie, et quelques fois on termine l'opération avec la crainte que ce qui s'est amorcé sous vos yeux, ne s'achève un peu plus tard sous l'action des mouvements, des efforts de vomissements ou des contractions de l'estomac.

C'est pourquoi, dans cette statistique, on trouve des cas où, associées à la fermeture de la brèche, des opérations complémentaires ont été faites.

La *gastro-entérostomie* a été pratiquée 17 fois, toujours exécutée à la suture et toujours postérieure et trans-mésocolique.

Plusieurs fois elle semblait nécessaire, le canal pyloro-duodénal paraissant trop rétréci par l'enfouissement; dans d'autres cas elle a été faite délibérément, non pas tant pour assurer une meilleure guérison de la maladie

ulcéreuse, que dans le but de réaliser un drainage de l'estomac soulageant la suture et permettant une reprise plus rapide de l'alimentation.

Une fois on a eu recours à *l'exclusion du pylore* pratiquée de la façon suivante :

Section de l'estomac assez loin à gauche, fermeture de la tranche droite de l'estomac en deux plans, la brèche de la portion gauche étant utilisée pour l'anastomose avec l'intestin.

Cette méthode serait d'exécution plus rapide que la gastrectomie et moins traumatisante puisqu'elle ne comporte ni la libération des courbures ni leur hémostase, et que le temps de dissection de la zone ulcéreuse souvent adhérente aux organes voisins se trouve supprimé. De plus, la fermeture de la portion droite de l'estomac bien étoffée est moins délicate qu'une bonne suture du duodénum.

Malheureusement le malade chez lequel cette technique a été appliquée et qui paraissait en bonne voie de guérison est mort le 8^e jour, probablement par une erreur de drainage, réalisé par mèches.

Dans 8 cas, on a pratiqué la *gastrectomie* avec une mort. Ces malades ont été opérés, l'un deux heures après le début des accidents, c'est celui qui avait une forte hématomèse, et cette complication était un argument en faveur d'une résection dans un but d'hémostase.

Trois ont été opérés environ 4 heures après la perforation, un 8 heures, un 9 heures, un 15 heures après.

Il y a eu un seul décès, le premier.

Dans un cas la gastrectomie a été pratiquée chez un malade qui avait déjà eu deux perforations du même ulcère.

Deux fois il s'agissait d'ulcère de la petite courbure et dans un cas l'examen de la pièce a montré l'existence d'un autre ulcère non perforé.

Deux fois, c'était un ulcère du pylore; les autres siégeaient sur la première portion du duodénum.

En dehors de toute argumentation présentant la gastrectomie comme la meilleure cure de l'ulcère et assurant le mieux contre les récidives, tout en admettant que, dans ces cas d'urgence, le chirurgien doit bien se convaincre qu'il n'a pas à traiter une maladie : l'ulcère de l'estomac, mais un accident soudain, sa perforation qui menace le péritoine, il faut pourtant reconnaître que, même du point de vue limité du traitement d'une perforation du tube digestif, la résection de la lésion, c'est-à-dire la gastrectomie, a bien quelques séductions et peut-être quelques mérites particuliers et qui sont :

la suppression du danger de lâchage des points d'enfouissement;

la suppression du foyer ulcéreux infecté;

une meilleure toilette de l'arrière-cavité des épiploons, dans laquelle le développement torpide d'un abcès profond est peut-être la cause de ces morts tardives vers le 12^e jour;

enfin la reprise plus rapide de l'alimentation, facteur qui a bien son importance dans la lutte du malade contre l'infection.

Il n'en reste pas moins que la simple suture ou l'enfouissement est une excellente opération, suffisante dans la majorité des cas, rapide, donc peu choquante, qui pare

aux accidents immédiats aigus. Elle a la faveur de la majorité des chirurgiens.

Il est certain qu'après guérison de la perforation, l'ulcère reprend souvent son activité et qu'une opération secondaire est nécessaire, mais celle-ci est faite alors dans de meilleures conditions et avec toutes garanties de succès.

DRAINAGE

Il faut enfin envisager la question du drainage.

Il faut proscrire absolument le drainage par mèches.

Le drainage sus-pubien paraît également peu recommandable. Il semble responsable d'une occlusion post-opératoire dans un de nos cas. On peut tout au plus, par une boutonnière sus-pubienne, aspirer le liquide accumulé dans le bassin, pour soulager la fonction de résorption du péritoine, mais cette brèche sera suturée immédiatement.

Faut-il drainer le foyer? Nous avons ici des cas sans aucun drainage qui ont parfaitement guéri, et des cas drainés qui se sont terminés par la mort.

Il semble qu'on est autorisé à fermer complètement les cas récents, ceux où il y a peu de liquide, et les perforations couvertes.

Quand le liquide trouvé au contact du foyer prend un aspect purulent, il paraît prudent de laisser un drain au contact.

ANESTHÉSIE

L'anesthésie locale ne peut être utilisée dans cette chirurgie d'urgence qui doit être rapidement menée. Il est impossible d'infiltrer correctement les mésentères, et, d'autre part, même bien faite, elle serait insuffisante pour la toilette du péritoine qui doit être aussi complète que possible.

Il faut donc avoir recours à l'anesthésie générale et, dans une dizaine de cas, elle a été réalisée par des injections intraveineuses d'Evipan, inoffensif pour l'appareil respiratoire.

OBSERVATIONS

1° ENFOUISSEMENT OU SUTURE

OBS. I. — Mme C..., 45 ans. Passé gastrique. Mauvais état général. Pouls non perceptible. Température 36°2. Ventre ballonné avec défense. Opération le 24 mai 1927. Dix heures après début. Anesthésie éther. 1° Incision de la fosse iliaque droite, liquide abondant; 2° médiane sus-ombilicale. Grosse perforation d'un ulcus calleux siégeant haut sur la petite courbure. Enfouissement. Epi-plooplastie. Drainage sus-pubien. *Morte* le 3^e jour.

OBS. II. — M. A..., 60 ans. Passé gastrique depuis un an. Ventre ballonné, défense généralisée. Température 37°5. Mauvais pouls. Opération le 24 septembre 1928. 36 heures après début. Anesthésie éther. Liquide abondant. Gaz. Ulcère duodénal perforé. Enfouissement. Drainage sus-pubien. *Mort* le 3^e jour.

OBS. III. — Mme Tam... Passé gastrique depuis 15 ans. Malade presque cachectique. Pouls à 80, faible. Contracture généralisée, douleur maxima à gauche.

Opération le 12 mars 1929. 10 heures après début. Anesthésie éther. Médiane sus-ombilicale. Liquide très abondant. Gros ulcère calleux assez haut sur la petite

courbure, perforé. Enfouissement. Epiplooplastie. Drainage sus-pubien. *Morte* de cachexie progressive le 12^e jour.

OBS. IV. - M. Ch..., 44 ans. Passé gastrique. Recrudescence des douleurs depuis 8 jours. Défense généralisée, maximum de la douleur à gauche, pas de vomissements.

Opération le 22 octobre 1929. 11 heures après début. Anesthésie éther. Gaz et liquide. Ulcus de la petite courbure très haut. Perforation large admettant l'index. Enfouissement. Drainage sus-pubien. *Guérison*. Puis occlusion intestinale le 19 novembre par agglutination d'anses. Opéré le 19 novembre 1929, fistulation du grêle. *Guérison*. En 1932, revu avec récurrence d'ulcère.

OBS. V. - M. Bar..., 48 ans. Passé gastrique. Recrudescence depuis 8 jours. Défense musculaire généralisée. Début de ballonnement. Respiration rapide. Température 38°8. Pouls à 115.

Opération le 2 juin 1929. 24 heures après début. Anesthésie éther. Echappement de gaz et de liquide vert très abondant. Perforation d'un ulcère du duodénum. Enfouissement. Drainage au niveau du foyer et drainage sus-pubien. *Mort* le lendemain.

OBS. VI. - M. Q..., 55 ans. Passé gastrique depuis 25 ans. Défense généralisée. Température 36°8. Pouls 110. Douleur maxima dans la fosse iliaque gauche.

Opération le 16 juin 1930. 24 heures après début.

Anesthésie éther. Liquide verdâtre abondant, surtout à gauche. Perforation d'un ulcère de la première portion du duodénum. Epiploon anciennement adhérent à la paroi antérieure dans toute la partie droite du ventre. *Mort* 27 jours après.

OBS. VII. M. B..., 33 ans. Pas d'antécédents gastriques. Souffre depuis 10 jours. Contracture généralisée. Maximum à droite. Douleur dans l'épaule droite.

Opération le 26 mars 1934. 6 heures après début. Anesthésie éther. Perforation couverte. Ulcère du duodénum. Ecoulement abondant de liquide après relèvement du foie. Suture. Pas de drainage. *Guérison*. Recommence à souffrir de l'estomac ultérieurement.

OBS. VIII. - M. Der..., 36 ans. Passé gastrique. Re-crudescence depuis 8 jours. Défense musculaire généralisée. Vomissements.

Opération le 14 juillet 1934. 13 heures après début. Anesthésie éther. Ecoulement en abondance de liquide verdâtre. Perforation de la première portion du duodénum. Enfouissement. Pas de drainage. *Guérison*.

OBS. IX. - M. Gar..., 26 ans. Pas de passé gastrique. Début brusque. Douleurs de la région épigastrique, irradiées à l'épaule droite. Défense généralisée avec maximum à droite.

Opération le 29 juillet 1934. 18 heures après début. Anesthésie éther. Liquide en petite quantité, perforation couverte de la première portion du duodénum. Enfouissement. Epiplooplastie. Pas de drainage. *Guérison*.

OBS. X. — M. M..., 30 ans. Pas d'antécédents gastriques. Souffre depuis trois semaines, recrudescence depuis 2 jours. Défense généralisée. Bon poulx. Pas de fièvre.

Opération le 10 juin 1935. 11 heures après début. Anesthésie éther. Perforation de la première partie du duodénum. Liquide abondant. Enfouissement. Epiplooplastie. Pas de drainage. *Guérison.*

OBS. XI. — M. Tr..., 66 ans. Pas d'antécédents gastriques. Ventre de bois. Douleurs irradiant à l'épaule droite. Examen radioscopique debout sans préparation : aspect très net de croissant clair entre le foie et le diaphragme.

Opération le 24 juin 1935. 15 heures après début. Anesthésie éther. Liquide et gaz abondants. Perforation du duodénum. Suture. Epiplooplastie. Pas de drainage. *Mort* le 28 juin.

OBS. XII. — M. V..., 42 ans. Passé gastrique. Pas de vomissements. Pas de fièvre. Bon poulx. Ventre de bois.

Opération le 28 juillet 1935. 5 heures après début. Anesthésie éther. Suture d'une perforation d'un ulcère du duodénum. Pas de drainage, mais incision sus-ombilicale pour aspirer le liquide. Pas de drainage.

Réopéré le 24 novembre 1936. Gastrectomie. *Guérison.*

OBS. XIII. — M. B..., 32 ans. Passé gastrique. Contracture généralisée. Un vomissement. Température 37°. Poulx à 72.

Opération le 21 juillet 1935. 5 heures après début.

Anesthésie éther. Ulcère perforé du duodénum. Suture. Drainage. *Guérison.*

OBS. XIV. — M. Vir..., 72 ans. Pas de passé gastrique. Douleurs depuis 8 jours. Contracture généralisée. Température 36°9. Pouls à 90.

Opération le 4 mars 1937. 3 heures après début. Anesthésie Evipan (6 centigrammes, plus éther). Peu de liquide dans le ventre. Perforation du bulbe. Enfouissement. Pas de drainage. *Guérison.*

OBS. XV. — M. Jan..., 19 ans. Pas de passé gastrique. Un vomissement. Défense généralisée.

Opération 31 mai 1937. 5 heures après début. Anesthésie Evipan. Ulcère perforé du bulbe. Suture. *Guérison.*

OBS. XVI. — M. Mar..., 65 ans. Passé gastrique. Douleurs abdominales violentes prises pour rétention d'urine aiguë par son médecin qui pratique une ponction de la vessie. Pas de soulagement. Amené d'urgence à la clinique. Défense généralisée.

Opération le 29 juillet 1937. 7 heures après début. Anesthésie éther. Gros ulcère du bulbe. Suture. Enfouissement. Epiplooplastie. Un drain. *Guérison.*

OBS. XVII. — M. Cey..., 30 ans. Passé gastrique. Douleurs abdominales violentes irradiant à l'épaule droite. Défense musculaire. Pouls à 80. Le malade refuse l'opé-

ration puis y consent 2 heures après devant la reprise des douleurs.

Opération le 7 août 1937. 7 heures après début. Anesthésie Evipan puis éther. Liquide abondant. Perforation à la face antérieure de la première portion du duodénum. Suture. Epiplooplastie. Un drain. *Guérison.*

OBS. XVIII. — M. Pen..., 39 ans. Pas de passé gastrique. Douleurs violentes, irradiant dans l'épaule droite. Contracture généralisée. Bon poulx. Pas de fièvre. Examen radioscopique debout sans préparation montre un mince croissant clair entre le foie et le diaphragme.

Opération le 22 mars 1938. 8 heures après début. Anesthésie éther. Perforation recouverte du bord supérieur de la première portion du duodénum. Suture. Un drain. *Guérison.*

OBS. XIX. — M. Per..., 74 ans. Passé gastrique ancien. Recrudescence depuis 8 jours. Douleurs avec irradiation dans le dos et l'épaule droite. Ventre de bois. Bon poulx. Pas de fièvre. Examen radioscopique debout sans préparation montre un croissant clair entre le foie et le diaphragme.

Opération le 18 mai 1938. 6 heures après début. Anesthésie éther. Gaz. Liquide. Adhérences du foie à l'estomac. Perforation du bulbe. Suture. Epiplooplastie. Un drain. *Guérison.*

Recommence à souffrir en mars 1939. Gastro-entérostomie le 23 mai 1939. *Guérison.*

OBS. XX. — M. Alex... Pas de passé gastrique. Contracture généralisée. Pas de fièvre. Bon poulx.

Opération le 5 juillet 1938. 7 heures après début. Anesthésie Evipan. Gaz et liquide. Perforation de la face antérieure du pylore. Suture. Un drain. *Guérison.*

OBS. XXI. — M. Br..., 74 ans. Passé gastrique. Recrudescence depuis 8 jours. Vomissements. Ventre de bois. Pas de fièvre. Poulx à 80.

Opération le 24 juillet 1938. 7 heures après début. Anesthésie éther. Liquide louche avec grumeaux alimentaires. Large perforation du diamètre d'un crayon, de la région pylorique. Suture. Epiplooplastie. Un drain. *Mort* le 26 juillet.

OBS. XXII. — M. Des..., 33 ans. Passé gastrique. Etait envoyé pour appendicite. Ventre de bois. Examen radioscopique debout sans préparation qui montre un croissant clair entre le foie et le diaphragme.

Opération le 1^{er} mars 1939. 9 heures après début. Anesthésie Evipan puis éther. Liquide. Perforation couverte par la face postérieure du foie sur le bulbe. Suture et tamponnement. *Guérison.*

OBS. XXIII. — M. Gar..., 29 ans. Crise douloureuse ayant débuté le matin même. Pas de vomissements. Bon poulx. Température 36°9.

Opération le 10 octobre 1937. Anesthésie Evipan (14 centigrammes). Pas de liquide. Pas d'ulcère en activité. Pas de perforation. Pas de drainage. *Guérison.*

2° SUTURE ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE

OBS. XXIV. — M. Bris..., 43 ans. Pas d'antécédents gastriques. Douleurs depuis 8 jours. Début brutal. Vomissements.

Opération le 4 juin 1926. 10 heures après début. Anesthésie éther. Perforation d'un ulcère de la première portion du duodénum. Peu de liquide. Enfouissement et gastro-entérostomie. Pas de drainage. *Guérison*.

Mort en 1924 de tuberculose pulmonaire sans avoir jamais souffert à nouveau de l'estomac.

OBS. XXV. — M. Bert..., 40 ans. Souffre de l'estomac depuis 10 ans. Début brusque le 24 novembre. Température 38°4. Pouls à 128.

Opération le 24 novembre 1926. 8 heures après début. Anesthésie éther. Ulcère juxta-pylorique. Assez grosse perforation. 6 mm. $\times$ 3 mm. Liquide. Enfouissement et gastro-entérostomie. Pas de drainage. *Guérison*. En 1934 très bon état.

OBS. XXVI. — M. Gr..., 53 ans. Passé gastrique depuis 15 ans. Début brutal. Contracture généralisée.

Opération le 6 septembre 1927. 8 heures après début. Anesthésie éther. Liquide et gaz. Perforation d'un ulcère de la première partie du duodénum. Pas de drainage. *Guérison*. En 1934, excellent état, guéri complètement.

OBS. XXVII. — M. Le..., 58 ans. Passé gastrique ancien. Pas de vomissements. Ventre de bois.

Opération le 12 novembre 1928. 9 heures après début. Anesthésie éther. Liquide et gaz. Perforation d'un ulcère pylorique. Enfouissement et gastro-entérostomie. Pas de drainage. *Guérison.*

OBS. XXVIII. — M. Mar..., 63 ans. Passé gastrique. Malade cachectique. Très mauvais état à l'entrée. Pouls très mauvais.

Opération le 22 décembre 1930. 11 heures après début. Anesthésie éther. Perforation du pylore comme une pièse de un franc sur une tumeur de nature indéterminée. Suture. Gastro-entérostomie. Drainage du foyer par mèches. *Mort* le soir même.

OBS. XXIX. — M. Fo..., 56 ans. Passé gastrique. Contracture généralisée. Maximum de la douleur dans la fosse iliaque droite. Température 37°1. Pouls 94, mais dépressible.

Opération le 22 décembre 1930. 11 h. 1/2 après début. Anesthésie éther. Liquide. Petite perforation de la face antérieure du pylore. Enfouissement. Gastro-entérostomie. Pas de drainage. *Guérison.*

OBS. XXX. — M. Jour..., 58 ans. Passé gastrique. Recrudescence des douleurs depuis 8 jours. Un vomissement. Facies fatigué. Pouls rapide. Contracture musculaire très nette.

Opération le 17 février 1931. 5 heures après début. Anesthésie éther. Liquide abondant et gaz. Perforation

lenticulaire d'un ulcère calleux du pylore. Suture de la perforation et gastro-entérostomie. Un petit drain sus-pubien. *Guérison.*

OBS. XXXI. -- M. Ro..., 62 ans. Passé gastrique. Recrudescence des douleurs depuis quelques jours. Ventre de bois. Maximum de la douleur à droite et dans la fosse iliaque. Pas de vomissements. Pouls à 80.

Opération le 16 juillet 1931. Six heures après début. Anesthésie éther. Gaz et liquide. Perforation d'un ulcère calleux de la première portion du duodénum. Enfouissement et gastro-entérostomie. Pas de drainage. *Guérison.*

OBS. XXXII. M. P..., 45 ans. Début extrêmement violent. Un vomissement. Bon facies, Pouls 80, température 37°7. Pas de ventre de bois. Perforation probablement en voie d'obturation spontanée. Opération le 26 juillet 1931. Dix heures après début. Anesthésie éther. Un peu de liquide. Perforation de la première portion du duodénum. Obturation par un enduit fibreux. Suture et gastro-entérostomie. Pas de drainage. *Guérison.*

OBS. XXXIII. M. Jar..., 58 ans. Troubles gastriques depuis 4 ans. Douleurs non calmées par la morphine. Ventre de bois. Pouls à 110. Mauvais facies.

Opération le 20 décembre 1932. 7 h. 1/2 après début. Anesthésie éther. Gaz et liquide abondants. Perforation de la région duodénale. Suture et gastro-entérostomie. Pas de drainage. *Guérison.*

OB. XXXIV. — M. Fa..., 29 ans. Début brusque, pas de vomissements, douleurs de l'épaule droite, bon facies, contracture généralisée. Température 37°5. Pouls à 94.

Opération le 23 octobre 1933. 9 heures après début. Anesthésie éther. Ulcus calleux à l'union de la première et de la seconde portion du duodénum. Perforation lenticulaire. Liquide et gaz. Enfouissement et gastro-entérostomie. Drainage par une incision de la fosse iliaque droite. *Guérison.*

OBS. XXXV. — M. Mar... Passé gastrique. Contracture principalement sus-ombilicale. Pas de vomissements. Bon pouls. Douleur dans la région vésiculaire.

Opération le 4 avril 1933. 15 heures après début. Anesthésie éther. Liquide vert abondant. Perforation lenticulaire à l'union de la première et de la seconde portion du duodénum. Plicature des tissus sains au devant. Gastro-entérostomie. Pas de drainage. *Guérison.*

OBS. XXXVI. — M. R..., 50 ans. Passé gastrique. Pas de vomissements. Le médecin a pensé à une appendicite aiguë, étant donné le siège de la douleur à la fosse iliaque droite. Ventre de bois. A son entrée, la douleur siège dans l'étage sus-ombilical.

Opération le 26 octobre 1933. 6 heures après début. Anesthésie éther. Liquide abondant. Ulcère duodéno-pylorique perforé. Suture et gastro-entérostomie. Pas de drainage. *Guérison.*

OBS. XXXVII. — M. Car..., 43 ans. Pas de passé gastrique. Douleurs depuis 3 jours. Un vomissement. Contracture généralisée. Température 37°1. Pouls 76. Un examen radioscopique sans préparation ne montre pas de pneumo-péritoine.

Opération le 3 novembre 1933. 6 heures après début. Anesthésie éther. Liquide verdâtre abondant. Perforation lenticulaire de la première portion du duodéum. Enfouissement et gastro-entérostomie. Incision sus-ombilicale pour aspirer le liquide. Pas de drainage. *Guérison.*

OBS. XXXVIII. — M. Na..., 46 ans. Passé gastrique, recrudescence des douleurs depuis 3 jours. A son entrée, amélioration; ventre souple, douloureux seulement dans le quadrant supérieur droit. Bacillose pulmonaire.

Opération le 24 septembre 1934. 16 heures après début. Anesthésie chloroforme. Perforation couverte de la première portion du duodéum. Suture. Gastro-entérostomie. Pas de drainage. *Guérison.*

OBS. XXXIX. — M. Lav..., 32 ans. Passé gastrique. Ulcère ancien confirmé par une radiographie. Douleurs brusques, violentes. Ventre de bois. Pas de vomissements. Pas de fièvre. Pouls accéléré et mauvais facies à son entrée.

Opération le 10 février 1938. 6 heures après début. Anesthésie Evipan. Gaz et liquide. Perforation d'un ulcère pyloro-duodénal. Suture et gastro-entérostomie. Un drain. *Guérison.*

OBS. XL. — M. Boi..., 70 ans. Souffre depuis mai 1938. On pense à un ulcère ou plutôt à un cancer de l'estomac, ce qui semble confirmé par une radiographie. Douleurs violentes, brusques. Défense musculaire généralisée. Bon poulx. Pas de fièvre.

Opération le 26 octobre 1938. 13 heures après début. Anesthésie Evipan (4 centigrammes). Liquide alimentaire. Perforation d'un ulcère de la première portion du duodénum. Suture et gastro-entérostomie. Un drain. *Guérison.*

3° GASTRECTOMIE

OBS. XLI. — M. Le..., 48 ans. Souffre depuis trois ans. Recrudescence des douleurs depuis trois jours. Douleurs violentes. Ventre de bois. Facies anxieux. Poulx petit.

Opération le 4 novembre 1931. 4 h. 30 après début. Anesthésie éther. Liquide abondant. Perforation d'un ulcère calleux du pylore gros comme une noix, adhérent en arrière au pancréas. Liquide dans l'arrière cavité des épiploons. Gastrectomie (toute la portion horizontale). Un petit drain. *Guérison.*

OBS. XLII. — Mme Ju..., 49 ans. Souffre depuis trois ans. Douleurs depuis la veille. Douleurs violentes. Un vomissement. Ventre bois. Bon poulx. Contracture généralisée.

Opération le 8 novembre 1931. 7 heures après début. Anesthésie éther. Liquide. Perforation non couverte, à la partie supérieure de l'estomac, face antérieure, près de la petite courbure. Gastrectomie très large (trois quarts de l'estomac). Pas de drainage. A l'examen de la pièce, la perforation comme une lentille siège sur un ulcère calleux grand comme une pièce de 2 francs, en regard, sur la face postérieure. il y a un autre ulcère non perforé. *Guérison.*

OBS. XLIII. — M. Ri..., 48 ans. Passé gastrique. Recrudescence depuis quelques jours. Douleurs violentes. Bon pouls. Bon facies. Pas de fièvre. Contracture à l'étage supérieur. Pas de ventre de bois. Maximum de la douleur provoquée en dehors et au-dessus de l'ombilic; un peu dans la fosse iliaque droite.

Opération le 1^{er} mai 1932. 3 h. 30 après début. Anesthésie éther. Peu de liquide. Perforation d'un ulcère de la première portion du duodénum. Gastrectomie. Un petit drain. *Guérison.*

OBS. XLIV. — M. Au..., 63 ans. Passé gastrique. Recrudescence depuis trois jours. Douleurs violentes. Deux vomissements. Arrêt des matières et des gaz. Contracture très nette avec maximum sus-ombilical et à droite. Facies pâle.

Opération le 7 mai 1932. 15 heures après début. Anesthésie éther. Un peu de liquide. Perforation d'un ulcère de la première portion du duodénum. Gastrectomie. Pas de drainage. *Guérison.*

OBS. XLV. — M. Ro..., 39 ans. Pas de passé gastrique, mais souffre depuis huit jours. Douleurs violentes. Ventre de bois. Bon poulx. Pas de fièvre. Vomit un peu de sang.

Opération le 22 mars 1937. 2 heures après début. Anesthésie éther. Liquide et quelques parcelles alimentaires. Gastrectomie.

Mort le 26 mars d'accident pulmonaire aigu.

OBS. XLVI. — M. Flo., 27 ans. Entré pour hématemèse. Une radiographie montre un ulcère du pylore. Douleurs violentes. Ventre de bois. Bon poulx. Pas de fièvre. Un examen radioscopique ne montre pas de croissant clair entre le foie et le diaphragme.

Opération le 11 janvier 1938. 3 h. 30 après début. Anesthésie Evipan. Liquide. Ulcère de la région pylorique. Gastrectomie. Un drain. *Guérison*.

OBS. XLVII. — Monsieur Vir..., 55 ans. Passé gastrique. Recrudescence des douleurs depuis huit jours. Douleurs violentes. Ventre bois. Bon poulx. Pas de fièvre. Un examen radioscopique ne montre pas de croissant clair entre le foie et le diaphragme.

Opération le 2 avril 1938. 9 heures après début. Anesthésie Evipan (10 centigrammes). Liquide verdâtre. Perforation sur la petite courbure de 3 mm. de diamètre. Gastrectomie. Un drain. *Guérison*.

OBS. XLVIII. — M. Gar..., 33 ans. Passé gastrique. Douleurs violentes. Contracture généralisée. Pas de fiè-

vre. Bon poul. Un examen radioscopique ne montre pas de croissant clair entre le foie et le diaphragme (en raison des adhérences qu'on trouvera à l'intervention).

Opération le 23 décembre 1938. 4 heures après début. Anesthésie éther. Un peu de liquide. Perforation sur la face antérieure de la première portion du duodénum, qui présente une sorte de diverticule de traction. Gastrectomie. Un drain. *Guérison.*

4° SUTURE ET EXCLUSION MÉDIO-GASTRIQUE

OBS. XLIX. M. Ray.... 28 ans. Passé gastrique léger. Douleurs violentes. Facies pâle, anxieux. Nausées. Température 38°1, poul. 110. Ventre avec défense généralisée surtout dans la fosse iliaque droite et la région épigastrique. On pense à une appendicite. Opération le 10 août 1932. 9 heures après début. Anesthésie éther.

1° Incision de la fosse iliaque droite. Ecoulement de liquide sans odeur. Appendice sain.

2° Médiante sus-ombilicale. Liquide légèrement vert, en abondance. Perforation lenticulaire sur la face antérieure de la première portion du duodénum. Elle est obturée. Puis section de l'estomac comme pour une gastrectomie. Fermeture de la tranche droite. Fermeture partielle de la tranche gauche et anastomose de sa partie inférieure avec le grêle.

3° Incision sus-pubienne pour drainage. Un drain et une mèche.

Le malade *meurt* le huitième jour, alors que tout semblait aller bien.

5° TAMPONNEMENT

OBS. L. — M. Lau..., 54 ans.

Opération le 4 septembre 1939. Quatre jours après début. Anesthésie éther. Perforation d'un ulcère de la région pylorique. Tamponnement.

Mort le 8 septembre.

CONCLUSION

La série d'observations d'ulcères perforés rapportée dans ce travail montre la grande fréquence des perforations d'ulcère du duodénum — 31 cas sur 50.

Au point de vue clinique, la triade : douleur violente, contracture généralisée, passé gastrique, permet dans la généralité des cas de faire le diagnostic avec une certitude presque absolue.

Des modalités diverses de la douleur et de la contracture permettent dans certains cas de distinguer :

un type *droit* qui fait penser à la perforation d'un ulcère duodénal;

un type *gauche* en faveur d'une localisation à la petite courbure;

et un type *sus-ombilical* souvent en rapport avec une perforation couverte.

La radioscopie debout sans préparation, simple et rapide, peut apporter un signe de certitude quand elle montre un croissant clair sous-jacent au diaphragme. Ce signe manque dans les perforations couvertes.

Le traitement de l'ulcère gastrique ou duodénal perforé est essentiellement chirurgical.

Son efficacité dépend avant tout de la précocité. En intervenant dans les premières heures, le chirurgien peut choisir entre diverses opérations : enfouissement simple,

enfouissement et gastro-entérostomie, gastrectomie. Toutefois l'enfouissement ou suture reste l'opération la plus rapide, la plus bénigne et celle qui est susceptible d'être faite par le plus grand nombre de chirurgiens.

Il est préférable de ne pas drainer.

L'anesthésie à l'Evipan est susceptible d'améliorer les suites opératoires et d'éviter les accidents pulmonaires.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
DUVAL

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

